

# Pericardite por tuberculose apresentando-se como síndrome consuptiva. Relato de caso\*

## *Tuberculous pericarditis presenting as consumptive syndrome. Case report*

Vitor Emer Egypto Rosa<sup>1</sup>, Robinson Tadeu Munhoz<sup>2</sup>, Antonio Carlos Pereira Barretto<sup>3</sup>, José Antonio Franchini Ramires<sup>4</sup>

\*Recebido do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-FMUSP). São Paulo, SP.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Pericardite é uma rara manifestação de tuberculose, sendo esta etiologia descrita em 1% a 4% dos casos de pericardite. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de pericardite por tuberculose com sintomas inespecíficos.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, com quadro de síndrome consuptiva e tuberculose pericárdica, diagnosticado através do exame histopatológico da biópsia do pericárdio.

**CONCLUSÃO:** Por se tratar de uma manifestação rara de tuberculose e de sintomatologia inespecífica, a alta suspeição clínica e a realização precoce dos métodos diagnósticos invasivos são de extrema importância para evitar a evolução de uma doença potencialmente fatal.

**Descritores:** Pericardite, Síndrome consuptiva, Tuberculose.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Pericarditis is a rare manifestation of tuberculosis, and this etiology is described in 1%-4% of the cases of pericarditis. The aim of this study was to present a case of tuberculous pericarditis with nonspecific symptoms.

**CASE REPORT:** Female patient, 38 years old, with clinical picture of consumptive syndrome and tuberculous pericarditis, diagnosed through the histopathological examination of the pericardium biopsy.

**CONCLUSION:** Because it is a rare manifestation of tuberculosis and with nonspecific symptoms, the high clinical suspicion and the early performance of invasive diagnostic methods are extremely important to prevent the evolution of a potentially fatal disease

**Keywords:** Consumptive syndrome, Pericarditis, Tuberculosis.

### INTRODUÇÃO

Pericardite é uma rara manifestação de tuberculose, sendo esta etiologia descrita em 1% a 4% dos casos de pericardite<sup>1-3</sup>. Sua incidência é maior em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento e sua apresentação clínica variável dificulta seu diagnóstico, podendo assim retardar o início da terapia específica<sup>2-5</sup>. O ecocardiograma é um método não invasivo que auxilia no diagnóstico presuntivo, cuja confirmação ocorre pelo achado do *Mycobacterium tuberculosis* na cultura do líquido ou tecido pericárdico, ou se encontrado em outra área, deve estar associado ao achado do granuloma caseoso naquela localidade<sup>1,6,7</sup>. O tratamento é feito com esquema quádruplo antituberculose e o uso de corticosteroides permanece controverso<sup>1,4</sup>.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de pericardite por tuberculose em paciente com sintomas inespecíficos.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, natural e procedente do estado da Bahia, com quadro de dispneia aos esforços havia 20 dias, febre, astenia, inapetência e emagrecimento de 15 kg neste período. Negava outros sintomas, uso de medicamentos e comorbidades. Apresentava-se afebril, eupneica e sem estase jugular. No exame do aparelho respiratório não havia ruídos adventícios e, na ausculta cardíaca, não havia sopros, frêmitos e as bulhas eram normofonéticas. Neste momento, as hipóteses diagnósticas eram as etiologias de febre de origem indeterminada (Quadro 1). Os exames laboratoriais demonstravam hemoglobina: 10,5 g/dL, hematócrito: 32%, leucócitos: 5110/mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 2913/mm<sup>3</sup>, linfócitos: 1737/mm<sup>3</sup>, plaquetas 391.000/mm<sup>3</sup>, ureia: 17 mg/dL, creatinina: 0,72 mg/dL, sódio: 135 mEq/L, potássio: 4,3 mEq/L, proteína C-reativa: 86,10 mg/L e a sorologia para vírus da imun-

1. Estagiário de Cardiologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

2. Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Médico-Assistente do Hospital Auxiliar do Cotoxó. São Paulo, SP, Brasil

3. Professor Livre Docente de Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-FMUSP); Diretor do serviço de Reabilitação do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor - FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

4. Professor Titular Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil

Apresentado em 25 de novembro de 2011

Aceito para publicação em 24 de abril de 2012

Fontes de fomento: Nenhuma - Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:

Dr. Vitor Emer Egypto Rosa

Rua Jorge Neme, nº O-405 – Bairro Jardim Alvorada

17280-000 Pederneiras, SP.

Fone: (19) 9629-0203

E-mail: vitoremer@yahoo.com.br

deficiência humana (HIV) era negativa. No eletrocardiograma (Figura 1) havia somente alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Foi solicitada radiografia simples de tórax, com índice cardíaco aumentado e parênquima pulmonar sem alterações, e a pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente no escarro foi negativa. Realizado ecocardiograma com *Doppler* colorido (Figura 2), que visualizava apenas espessamento importante do pericárdio com aumento difuso do espaço pericárdico, e tomografia computadorizada de tórax com contraste apresentando espessamento e derrame pericárdico, além de linfonodomegalia mediastinal. Foi solicitada biópsia pericárdica que revelava espessamento pericárdico importante e, na

microscopia, pericardite granulomatosa com presença de bacilos álcool-ácido-resistentes e necrose caseosa (Figura 3). Não foi possível a análise do líquido pericárdico devido seu pequeno volume. Iniciado tratamento com corticoide por via oral e esquema quádruplo antituberculose (isoniazida, etambutol, rifampicina e pirazinamida), levando a cessação da febre e melhora dos sintomas clínicos da paciente.

**Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada.**

Infecciosas	Tuberculose, endocardite, abscesso, malária, toxoplasmose, peri-hepatite gonocócica, salmonelose, esquistossomose, febre de Katayama.
Neoplásicas	Doença de Hodgkin, adenocarcinoma metastático, linfomas, leucemias.
Colagenoses	Lúpus eritematoso sistêmico, doença de Still.
Miscelânea	Tireoidite subaguda, arterite de células gigantes, polimialgia reumática, hepatite granulomatosa, corpo estranho intra-abdominal, febre por fármacos, paniculite granulomatosa, anemia hemolítica, deficiência de IgA.

**Não diagnosticadas**

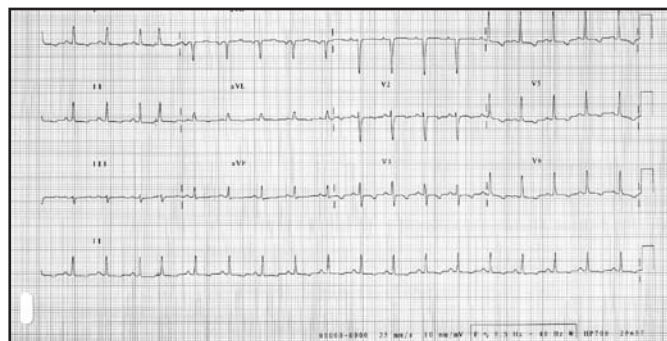


Figura 1 – Eletrocardiograma demonstrando alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

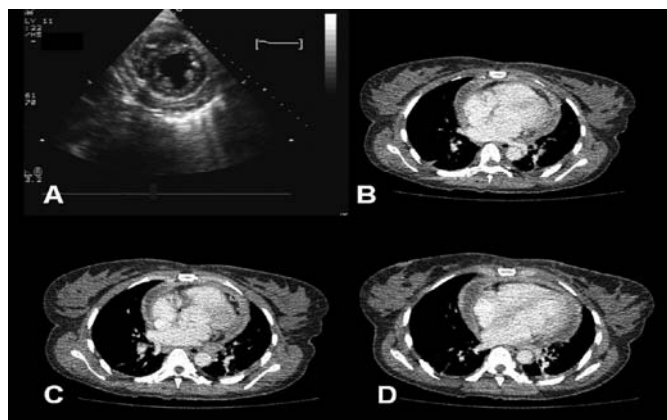


Figura 2 – Ecocardiograma e tomografia computadorizada. A) Corte ecocardiográfico transversal demonstrando espessamento pericárdico. B, C e D - tomografia computadorizada de tórax com contraste demonstrando novamente importante espessamento do pericárdio.

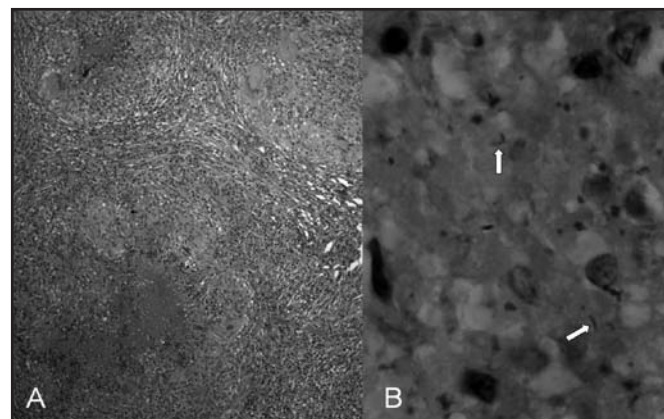


Figura 3 – Fotomicrografia de biópsia do pericárdio. A - Presença de pericardite granulomatosa com necrose caseosa. B - Presença de bacilos álcool-ácido-resistentes (setas).

**DISCUSSÃO**

A tuberculose apresenta incidência estimada de 1% a 4% dos casos de pericardite e geralmente desenvolve-se por disseminação de linfonodos mediastinais, pulmão, coluna, esterno ou durante infecção miliar<sup>2-4</sup>. Os sintomas são geralmente inespecíficos, sendo mais frequentes a tosse, dispnéia e dor precordial; entretanto, febre e perda de peso apresentam maior sensibilidade e foram encontrados no presente caso<sup>1,2,4-6</sup>. A radiografia simples de tórax demonstra aumento da área cardíaca em 90% dos pacientes, usualmente sem alterações pulmonares sugestivas desse acometimento, e o eletrocardiograma apresenta alterações inespecíficas do segmento ST em virtualmente 100%, assim como o apresentado<sup>2,5</sup>.

O ecocardiograma é um método útil para o diagnóstico de pericardite. Os achados típicos do acometimento por tuberculose são o espessamento e traves de fibrina no pericárdio visceral, entretanto são pouco específicos e apenas o primeiro foi encontrado no presente caso<sup>2,6</sup>. Já a TC de Tórax evidencia, em quase 100% dos casos, espessamento pericárdico e linfonodos mediastinais<sup>2,4</sup>.

O critério diagnóstico definitivo depende da identificação do *Mycobacterium tuberculosis* e evidência histopatológica de acometimento pericárdico<sup>1,6</sup>. Isto pode trazer dificuldades para o início precoce da terapêutica pelo fato de a biópsia ser método invasivo e nem sempre disponível. Além disso, o bacilo de Koch tem crescimento lento nas culturas e o granuloma caseoso é encontrado em apenas 50% das amostras<sup>2,4-6</sup>.

Outro fator importante é que pequena parcela desses pacientes apresenta derrames pericárdicos volumosos que permitam a punção para cultura do agente<sup>5</sup>. Apesar disso, a biópsia leva a um diagnóstico mais rápido e com maior sensibilidade que a

pericardiocentese (10 - 64 *versus* 33%)<sup>1,2,7</sup>.

Juntamente com a terapia antituberculose, os corticoides são recomendados por acelerar a redução dos sintomas e reduzir o acúmulo de fluidos, apesar de não alterarem a mortalidade e as taxas de progressão para pericardite constritiva<sup>2,4</sup>.

## CONCLUSÃO

A alta suspeição clínica foi fundamental para realização do diagnóstico, visto que o quadro clínico e os exames laboratoriais eram inespecíficos. A indicação do ecocardiograma para pesquisa de febre indeterminada foi adequada, pois os achados desse exame fizeram com que fosse indicada a biópsia pericárdica, sendo assim realizado o diagnóstico e instituição do tratamento precocemente, evitando a evolução de uma doença potencialmente fatal.

## REFERÊNCIAS

1. Trautner BW, Darouiche RO. Tuberculous pericarditis: optimal diagnosis and management. *Clin Infect Dis*. 2001;33(7):954-61.
2. Mayosi BM, Burgess LJ, Doubell AF. Tuberculous pericarditis. *Circulation*. 2005;112(23):3608-16.
3. Khandaker MH, Espinosa RE, Nishimura RA, et al. Pericardial disease: diagnosis and management. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(6):572-93.
4. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician*. 2005;72(9):1761-8.
5. Vianna CB, Barreto ACP, Mady C, et al. Pericardite tuberculosa, dificuldades diagnósticas e valor da biópsia pericárdica. *Arq Bras Cardiol*. 1986;41(1):27-30.
6. Reuter H, Burgess L, van Vuuren W, et al. Diagnosing tuberculous pericarditis. *QJM*. 2006;99(12):827-39.
7. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. *Eur Heart J*. 2004;25(7):587-610.